

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK PENYAKIT KRITIS
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

2 Lembar

Daftar Penyakit Kritis (jawaban ditandai '✓' dalam kurung tersedia)

- ☐ Gagal Ginjal Kronis Stage I
☐ Gagal Ginjal Kronis Stage II
☐ Gagal Ginjal Kronis Stage III
☐ Gagal Ginjal Kronis Stage IV
☐ Gagal Ginjal Kronis Stage V
☐ Diabetic Nephropathy
☐ Insufisiensi Ginjal Autoimun
☐ Insufisiensi Ginjal lainnya, yaitu
☐ Sindroma Nefrotik Berat yang berulang
☐ Medullary Cystic
☐ Tumor Adenoma Adrenal
☐ Operasi Pengangkatan 1 Ginjal karena Kecelakaan (nama operasi & tanggal?.....)
☐ Operasi Pengangkatan 1 Ginjal karena penyakit, yaitu (nama operasi & tanggal?.....)
☐ Donor Ginjal
☐ lainnya

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang diperlukan dalam menentukan/mendiagnosa salah satu penyakit diantara penyakit-penyakit khusus sebagaimana terlampir dalam daftar diatas pada pasien:

Nama : No. MR
 Umur :
 Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
 Pekerjaan :
 Alamat :

1. Anamnesa :

2. Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy) : / / :

3. Penyebab penyakit tsb:

4. Prognosis:

Apakah terjadi kehilangan fungsi ginjal yang permanen dan tidak dapat disembuhkan ?

☐ Ya

☐ Tidak

5. Level protein dalam urin/24jam:

☐ =/< 300mg/24jam

☐ > 300mg/24jam

6. Nilai *Creatinine Clearance corrected* (mohon sertakan bukti hasil lab):

Nilai tersebut terjadi tanggal (dd/mm/yy) / / , berlangsung dalam kurun waktu:

☐ < 90 hari

☐ =/> 90 hari

7. Nilai GFR (mohon sertakan bukti hasil lab):

Ginjal kiri: Ginjal kanan:

Berapa lama sudah terjadi penurunan nilai GFR?

8. Apakah terdapat oedema pada pasien?

☐ Tidak

☐ Ya, pada extremitas

9. Apakah ada hipertensi?

☐ Tidak

☐ Ya, TD:

/

apakah masih terkontrol dengan obat?

☐ Ya

☐ Tidak

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK PENYAKIT KRITIS
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

10. Apakah pasien memerlukan hemodialisa regular?

☐ Tidak

☐ Ya, sejak tanggal (dd/mm/yy)..... / / , frekuensi?..... , sampai kapan?

Apakah pasien sudah melakukan transplantasi ginjal ?

☐ Ya, dilakukan di tanggal (dd/mm/yy) ☐ Belum

Apabila belum, apakah ada rencana transplantasi ?

☐ Ya, kapan akan dilakukan di tanggal (dd/mm/yy)..... ☐ Belum

11. Jika terdapat kelainan autoimun (dinyatakan oleh spesialis endrokinologi), mohon tuliskan hasil tes berikut di bawah ini:

- Tes stimulasi ACTH:
- Insulin-induced hypoglycemia test:
- Tes PRA/ Plasma Renin Activity:
- Tes level ACTH plasma:

12. Apakah pada diagnosis yang ditegakkan ini memerlukan terapi penggantian glukokortikoid dan mineralokortikoid seumur hidup ? Mohon jelaskan:

13. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil pemeriksaan radiologis, hasil laboratorium, tes albumin darah, protein urin/ urinalisa, laporan tindakan medis, dll):

14. Pengobatan / berbagai terapi:

15. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol):

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon melampirkan hasil laboratorium/ pemeriksaan penunjang, & hasil test yang mendukung ditegakkannya diagnosis penyakit di atas.

Ditandatangani di:
Tanggal/bulan/tahun pengisian:

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Dokter yang merawat)

Mohon surat keterangan ini tidak diberikan kepada pasien atau keluarganya, tetapi dikirim langsung kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life yang akan memperlakukan informasi ini dengan penuh kerahasiaan